

Revista das Revistas

SULPHONAMIDES and AGRANULOCYTOSIS — British Medical Journal. Nov. 1944 - Pg. 667

A agranulocitose é uma das complicações mais raras da sulfamidoterapia; mas, a eventualidade de uma complicação, tão séria, tem dado origem à orientação, geralmente seguida, de se pedir uma contagem dos leucócitos, em intervalos regulares, em qualquer paciente que esteja tomando sulfamidas por mais do que uma semana. É comumente admitido que o perigo de uma agranulocitose é proporcional à dose total da droga administrada, mas, essa complicação tem ocorrido mesmo depois de uma dose total de 18g. e de uma dose média, diária, de 2 a 3g. numa série especialmente reunida de 20 casos (Park, R. G., Lancet, 1944,1,401). Por outra, muitos pacientes receberam até 100g., ou mais, sem nenhum efeito neste sentido. Mais importante que uma dose grande é a duração do tratamento. A agranulocitose tem sido relatada raras vezes em doentes com menos de 9 dias de tratamento, e esta observação, junto com uma dose relativamente pequena, que pode induzir o fenômeno, sugere ser a agranulocitose antes uma manifestação alérgica, que tóxica da sulfamidoterapia. Dêste modo, seria semelhante às outras manifestações alérgicas originadas pelas sulfamidas, tais como o eritema medicamentoso, a febre medicamentosa e as complicações renais. O melhor tratamento para a agranulocitose é, ainda, um ponto discutido. É, freqüentemente, difícil de se dizer se qualquer tratamento particular (transfusões de sangue fresco, pentanucleotides, extrato hepático) tem contribuído para a cura do doente. A punção esternal pode ser um guia útil para o prognóstico. Caso sejam encontrados muitos granulócitos imaturos na medula óssea, quando nenhum está presente no sangue periférico, as probabilidades para uma cura espontânea são boas. Uma nova atitude em relação ao problema é sugerida por Nixton, Eckert e Holmes (Am. J. Med. Soc., 1943,206,713). Acreditando que um doente com agranulocitose pode estar sujeito a uma infecção bacteriana secundária, devido à ausência de fagócitos, recomendam a sulfamidoterapia em 3 casos: um de escarlatina e dois de pneumonia primária atípica, que apresentaram uma agranulocitose depois de um tratamento primário com sulfadiazine, durante duas ou mais semanas. Os granulócitos desapareceram do sangue periférico entre o 15º e o 20º dia, após o início do tratamento e, ao mesmo tempo, houve uma febre secundária e lesões ulcerativas típicas da garganta. Após um intervalo de poucos dias, a sulfadiazine foi administrada novamente, em quantidades suficientes para acarretar uma taxa sanguínea entre 5-10mg/100cc. (Num caso foi, inicialmente dada na veia e a concentração no sangue subiu a 20-25mg/100cc.). Dentro de 5-10 dias, granulócitos começaram a reaparecer no sangue, a pirexia desa-

pareceu e os três pacientes se curaram. Apesar do uso de outros tratamentos auxiliares, os autores acreditam que a segunda série de sulfadiazine foi responsável pela cura, prevenindo uma infecção secundária fatal. Embora isto possa ser a verdade, também é possível que a segunda série tenha contribuído para desensibilizar o doente à sulfamida, porque é agora aceito que a continuação do tratamento com as sulfamidas pode desensibilizar o doente a reações alérgicas específicas, tais como eritema medicamentoso, febre medicamentosa, etc. Outro ponto, não suficientemente apreciado, é que uma granulocitopenia, resultante de infecção bacteriana severa, não constitui, em si, uma contraindicação à sulfamidoterapia. O tratamento, em tais casos, é, freqüentemente, seguido por um aumento marcado nos granulócitos quando a infecção tende a ficar vencida.

ANNELISE STRAUSS

GOLD THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITS — George B. Stericker - Illinois Medical Journal, Julho, 1945, pg. 33.

Existem atualmente, nos Estados Unidos da America do Norte, para a terapêutica da artrite reumatoide, três sais de ouro. São os seguintes: tiomalato de sodio e ouro (Myochrysine), tioglicose-ouro (Solganol-B oleosum) e tiosulfato de sodio e ouro; os dois primeiros contêm 50% e o ultimo 37% de ouro. Todos são solúveis e largamente excretados na urina. Além desses ha outro produto, conhecido por Lauron (ouro-tioglicicoanilide) introduzido por M. J. Lewenstein, na Holanda. Este ultimo produto é menos tóxico porém seu valor terapêutico também é menor.

Como resultado dos trabalhos de Freyberg e col., na Universidade de Michigan, a tendência atual é a de se dar doses menores do ouro e, talvez, menores doses totais do que as usadas anos atrás. De acôrdo com esse autor, as doses devem começar com 5 ou 7,5 mg. de metal e ser aumentadas rapidamente, com intervalo semanal, até 25 ou, em alguns casos, até 50 mg. A dose total de ouro a ser dada é, usualmente, limitada a 500 ou 600 mg., em cada série de injeções.

Reações tóxicas provocadas pela terapeutica aurica

As mais frequentes envolvem a pele. Pode haver apenas descamação das palpebras e prurido pelo corpo, porém, isso não impede que se prossiga no tratamento.

As manifestações como herpes, foliculite, furunculose e dermatite exfoliativa, exigem suspensão temporaria, ou permanente, do tratamento.

A granulocitopenia, a trombocitopenia, as manifestações hemorragicas e a anemia aplástica são, especialmente, temidas. Lesões ulcerativas da boca e do trato intestinal, nefrite e hepatite são manifestações raras. É aconselhavel o exame cuidadoso do paciente antes de cada injeção.

A velocidade de hemossedimentação é um bom indice do estado do doente: se ela estiver muito elevada, o tratamento pode ser continuado porém, se perto dos limites normais, deve-se proceder com cautela. As reações tóxicas parecem ocorrer com menor frequencia quando a velocidade de hemossedimentação é alta.